

手術内容証明書

アニコム損害保険株式会社 行

アニコム損保における「手術」の定義

- (1) 診療を目的とし、器具および全身麻酔を用いて、患部または必要部位に切除、切開等を行うことをいいます。(縫合のみの場合は含みません。)
※切開とは縫合を伴う程度の術創を作ることを行います。
- (2) 全身麻酔下での歯科処置、整形外科疾患の非観血的処置および食道、胃等における異物除去目的のための内視鏡を用いた処置も含むものとします。

【患者様の情報】

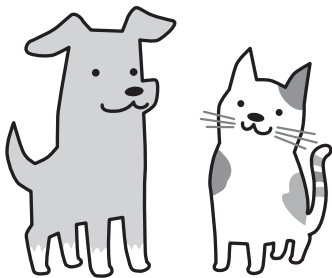
フリガナ			
氏名		どうぶつ名	

【手術内容の詳細】

傷病名			
傷害の受傷原因、 または疾病の発症原因 (被保険者の申告内容を) ご記入ください			
傷害の受傷日、または疾病の発症日	傷害、または疾病の初診日	手術日	
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	
紹介元医療機関	<input type="radio"/> 有 (医療機関名称: _____) ・ <input type="radio"/> 無		
アニコム損保における 「手術」の定義に関する 確認事項 (詳細は本紙右上を) ご参照ください	【麻酔】	<input type="radio"/> 全身麻酔	<input type="radio"/> 局所麻酔 <input type="radio"/> 鎮静
	【切開・切除】	<input type="radio"/> 切開有 <input type="radio"/> 切除有	<input type="radio"/> 切開・切除無
	【その他】 ※該当する場合のみ	<input type="radio"/> 食道・胃等における 異物除去目的の 内視鏡処置	<input type="radio"/> 整形外科疾患の 非観血的処置
今回の傷病に関して行った 手術の概要			
治療期間	通院期間 (20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 _____ 日間)		
	入院期間 (20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 _____ 日間)		
	<input type="radio"/> 治癒 <input type="radio"/> 転院 <input type="radio"/> 継続 <input type="radio"/> 死亡 (死亡日: 20 年 月 日)		
本書以外の診断書等の発行	<input type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無		

上記のとおり証明します。

20 年 月 日



医療機関名

所在地

電話番号

担当獣医師名

フルネームサインまたは
捺印

【ご契約者の方へ】

- ※同等の内容であれば、動物病院発行の診断書等をご利用いただけます。
- ※手術内容証明書作成にかかる「文書作成料」等につきましては、保険金をお支払いすることができません。あらかじめご了承ください。
- ※手術をした場合でも、本紙右上の「手術」の定義に該当しない場合は、通院もしくは入院の限度額内での補償となります。
- ※手術後に経過診療(通院)があった場合は、忘れずに保険金をご請求ください。